

Uppföljning av kvalitetskrav

Vård-och omsorgsboende

Örebro kommun, Klosterbacken

Inledning

Enheten för uppföljning har följt upp kvalitetskrav i er verksamhet. Kvalitetskraven har sin utgångspunkt i basuppdrag Voo 1211/2023. En uppföljning av kvalitetskrav genomförs minst en gång vart tredje år enligt riktlinje för avtals- och verksamhetsuppföljning, Voo 938/2023.

Uppföljning av kvalitetskrav syftar till att utveckla och förbättra verksamheten.

Örebro kommun - Klosterbacken

Klosterbacken är ett vård- och omsorgsboende som byggdes 1993.

Verksamheten drivs som intraprenad. Klosterbacken har 62 boendeplatser i 2 plan, med somatisk och kognitiv inriktning. Verksamheten drivs med ett delat ledarskap mellan två enhetschefer. Verksamheten har 56 omvårdnadspersonal och 1 administratör, sedan tillkommer sjuksköterskor och 1 arbetsterapeut. Hälso- och sjukvårdspersonalen har en egen enhetschef.

Lokalmässigt upplever verksamheten att de är lite trångbodda, framför allt när det gäller kontor och har bitt kommunens Lokalförsörjningsavdelning om hjälp med att titta på möjlighet till förändringar. När det gäller utemiljö finns det en mindre trädgård med uteplatser mot gatan.

Föregående uppföljning genomfördes 2021, Sov 337/2021.

Bedömningsöversikt

Kvalitetskrav			
Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar		Skydds- och begränsningsåtgärder	
Kompetens - omvårdnadspersonal		Mat, måltid och nutrition	
Samverkan		Anhörigstöd	
Riskanalyser		Hygien och smittskydd	
Egenkontroller		Hälso- och sjukvård	
Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet		Palliativ vård	
Dokumentation		Aktiv och meningsfull tillvaro	
Dokumentation i IT system			

Bedömningskriterier

Uppfyller kravet

Uppfyller inte kravet

Metod

I samband med kvalitetsuppföljningen har Avtalscontrollers inom Enheten för uppföljning begärt in och granskat underlag gällande de kvalitetskrav som specificeras i basuppdrag. Uppföljningen har även innefattat inhämtade data från berörda myndigheter samt en granskning i verksamhetssystem gällande dokumentation och avvikelshantering. Som en del i uppföljningen har också ett platsbesök genomförts, platsbesöket innefattade observation av vissa av verksamhetens utrymmen samt samtal med personal.

Underlaget ligger till grund för det beslut som Enheten för uppföljning fattat i denna rapport.

Beslut

Enheten för uppföljning har identifierat brister i er verksamhet. För att se till att er verksamhet bedrivs enligt mål, riktlinjer, lag och annan författning i enlighet med 6 kap. 6 § KL, ska ni åtgärda dessa brister.

Enheten för uppföljning vill ta del av er åtgärdsplan som innehåller aktiviteter för att åtgärda de brister som redovisas i denna rapport samt tidplan och ansvarig för respektive åtgärd. Senast den 27 mars 2024 vill vi ta del av er åtgärdsplan som skickas till egetval@orebro.se

Bedömningen är att utföraren brister inom följande kvalitetskrav:

Avtalspunkter

- **Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar**
- **Kompetens – omvårdnadspersonal**
- **Ledningssystem för kvalitet**
 - Samverkan
 - Egenkontroller
 - Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet
- **Dokumentation**
- **Dokumentation i IT system**
- **Hälso- och sjukvård**
- **Aktiv och meningsfull tillvaro**

Med anledning av ovanstående brister ska utföraren skicka in följande handlingar:

- en ny kompetensinventering
- rutin för samverkan där samverkan med regionen framkommer
- ett nytt registerutdrag för Senior Alert
- en ny egenkontroll av aktivitets- och funktionsbedömning gällande dokumentation av individens intressen i genomförandeplan
- rutin för hur överlåtna hälso- och sjukvårdsåtgärder från legitimerade på Regionen tas emot och planeras för.

Handlingarna ska vara inskickade till egetval@orebro.se senast den 11 jun 2024. Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning kommer genomföras efter den 11 juni 2024. Detta innebär att vi kommer

- granska inkomna rutiner och sammanställningar
- genomföra granskning av er följsamhet till avvikelseprocessen för klagomål och synpunkter
- genomföra en dokumentationsgranskning av verkställighetsjournaler

Bedömning

Uppfyllda kvalitetskrav

Resultatet visar att utföraren uppfyller nedanstående kvalitetskrav.

Ledningssystem för kvalitet – Riskanalyser

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska ha en rutin som beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hur verksamheten arbetar med riskanalyser för att systematiskt förbättra sin verksamhet 	<p>Klosterbackens rutin för arbete med riskanalyser</p>

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömning att verksamheten uppfyller kravet då rutinen innehåller alla kravställda delar och det tydligt framgår vilka steg som ingår samt hur ansvarsfördelningen ser ut.

Skydds- och begränsningsåtgärder

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Följande delar ska dokumenteras i verkställighetsjournal respektive hälso- och sjukvårdsjournal inför användning av skydds- och begränsningsåtgärder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Samtycke till begränsningsåtgärden • Syftet/målet med begränsningsåtgärden • Riskbedömning av begränsningsåtgärden • Uppföljning av åtgärden, senaste 6 månaderna 	<p>Sammanställning av verksamhetens skyddsåtgärder</p>

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömning att verksamheten uppfyller kravet. Den inskickade sammanställningen visar att ni i tillräcklig omfattning har dokumenterade samtycken, syften, riskbedömningar samt uppföljningar av åtgärderna.

Anhörigstöd

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska ha en rutin som beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hur utföraren arbetar för att göra den anhörige delaktig i vården och omsorgen 	Klosterbackens lokala rutin för anhörigstöd

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömning att verksamheten uppfyller kravet eftersom er rutin innehåller kravställda delar så att tillvägagångssätt och ansvarsfördelning framgår.

Palliativ vård

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<ul style="list-style-type: none"> Utföraren ska ha utsedda palliativa ombud samt minst en palliativ ombudsamordnare 	Kompetensinventering

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömning att verksamheten uppfyller kravet eftersom ni har palliativa ombud samt palliativ ombudsamordnare.

Hygien och smittskydd

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska uppfylla följande krav:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tillhandahålla skyddsutrustning till personalen. Tillhandahålla arbetskläder och engångsmaterial i den utsträckning som behövs för att följa riktlinjen <i>Basal hygien inom kommunal vård och omsorg</i>. Ha tillgång till hygienombud i verksamheten 	<p>Observation vid platsbesök</p> <p>Kompetensinventering</p>

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömning att verksamheten uppfyller kravet då granskning visar att egenkontroll av basal hygien genomförts under 2023, samt att inskickad kompetensinventering visar att verksamheten har hygienombud. Vid platsbesöket i verksamheten observerades att skyddsutrustning, arbetskläder och engångsmaterial tillhandhölls i tillräcklig omfattning.

Mat, måltid och nutrition

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Verksamheten ska sträva efter att ge varje enskild person positiva matupplevelser. Utföraren ska ha en rutin som beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> När och hur en patients näringsstillstånd ska utredas samt för hur undernäring förebyggs och vid behov behandlas <p>Genomförandeplanen ska innehålla:</p>	<p>Verksamhetens rutin</p> <p>Nutritionsutredning - Metodstöd för utredning vid risk för undernäring</p>

- En planering för mat och måltider som är individuellt anpassad utifrån vad, var, hur och när den enskilde önskar äta

Dokumentationsgranskning i Tresa av 24 slumpvist utvalda genomförandeplaner

Individuppföljning

Socialstyrelsens kundundersökning (2023)

- hur brukar maten smaka? Positiva svar Klosterbacken 55% (riket 73%)
- är måltiderna en trevlig stund på dagen? Positiva svar Klosterbacken 60% (riket 68%)

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömning att verksamheten uppfyller kraven. Vår granskning visar att 96 procent av genomförandeplanerna innehåller en beskrivning av behov och önskemål kring mat och måltider.

När det gäller rutinen för nutritionsutredning använder sig verksamheten av ett övergripande metodstöd för nutritionsutredning framtagen av Örebro kommun. Detta metodstöd tydliggör syftet med nutritionsutredningen, när och hur den ska utföras samt vilka ansvariga som ansvarar för olika delar av processen. Det bedöms fungera som en praktisk rutin för verksamheten.

För att bedöma kravet har vi även tagit del av resultat från individuppföljningar där de boende i hög utsträckning, 98 procent, uppger att de blivit tillfrågade om önskemål kring mat och måltider, samt Socialstyrelsens undersökning där resultatet dock understiger riket.

Brister i kvalitetskrav

Resultatet visar att utföraren brister i nedanstående kvalitetskrav.

Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
Utförarens personal ska genomgå de obligatoriska utbildningar som uppdragsgivaren tillhandahåller och som riktar sig till deras profession.	Kompetensinventering

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att verksamheten inte uppfyller kravet. Enligt kompetensinventeringen har inte tillräckligt många av era medarbetare genomgått följande utbildningar: IBIC: 39 procent, Mat, måltid och nutrition: 39 procent, Palliativ utbildning :40 procent, SBAR: 47 procent, Vardagsrehabilitering: 53 procent

När det gäller Basal hygien har endast 22 procent av medarbetarna gått utbildningen det senaste året, vilket inte uppfyller krav i riktlinjen. Enligt riktlinjen *Basal hygien vid vård och omsorg* ska webbutbildningen genomföras vid anställning och årligen därefter.

Inkom med åtgärdsplan som beskriver vilka åtgärder ni planerar för att höja utbildningsnivån för de utbildningar där antalet genomgångna utbildningar är otillräckligt.

Inför resultatuppföljningen kommer vi begära in en uppdaterad kompetensinventering.

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
Minst 85 procent av all omvårdnadspersonal ska ha genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande	Kompetensinventering

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten inte uppfyller kravet. Enligt kompetensinventeringen har 80 procent av omvårdnadspersonalen genomgått omvårdnadsprogrammet eller motsvarande.

Inkom med åtgärdsplan som beskriver hur ni planerar att arbeta framåt med rekrytering och kompetensutveckling för att säkerställa att omvårdnadspersonal som lägst ska ha vård- och omsorgsutbildning eller motsvarande. Inför resultatuppföljningen kommer vi begära in en uppdaterad kompetensinventering.

Ledningssystem för kvalitet – Samverkan

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska ha en rutin som beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hur daglig samverkan och informationsöverföring sker inom egna verksamheten mellan olika professioner och funktioner • Vilka forum, verksamhetssystem och arbetssätt för samverkan som används inom den egna verksamheten. • Hur samverkan och informationsöverföring sker mellan legitimerade personal och omvårdnadspersonal ska finnas särskilt beskrivet. Med legitimerad personal menas utförarens arbetsterapeut och sjuksköterska samt regionens sjukgymnast/fysioterapeut, läkare och tandhygienist. 	Klosterbackens lokala rutin för intern och extern samverkan

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömning att verksamheten inte uppfyller kravet då er rutin för samverkan saknar en beskrivning av hur samverkan och informationsöverföring sker med legitimerad personal inom regionen, såsom fysioterapeuter, läkare och tandhygienister. I rutinen hänvisas till andra rutiner för samverkan med regionen, dock har ni inte redovisat dessa.

Inkom med rutin som beskriver hur samverkan med regionen sker. Vid eventuell hänvisning till andra samverkansrutiner bifoga dem tillsammans med den inskickade rutinen.

Ledningssystem för kvalitet – Egenkontroller

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska årligen genomföra egenkontroll inom följande områden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verksamhetens följsamhet till riktlinjen <i>Basal hygien inom kommunal vård och omsorg</i> • Verksamhetens följsamhet till <i>punkt 2.8.4 dokumentation</i> • Verksamhetens följsamhet till avvikelseprocessen som beskrivs i <i>Riktlinje Avvikelse, Klagomål och synpunkter</i> • Hälso- och sjukvårdsdokumentation. Egenkontrollen ska överensstämma med Örebro kommuns egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation 	<p>Inskickad sammanställning Mallar Rutiner:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Basal hygien vid kommunal vård- och omsorg - Riktlinjer avvikelser, klagomål och synpunkter - Lokal rutin för avvikelser och klagomål

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten inte uppfyller kravet eftersom det vid granskning framkommit att ni inte har upprättat handlingsplaner för de brister som har identifierats inom basal hygien och dokumentation. Enligt basuppdragets krav förväntas verksamheten ta fram handlingsplaner för att åtgärda och hantera sådana brister.

Inkom med åtgärdsplan som beskriver hur ni kommer att åtgärda denna brist och säkerställa att handlingsplaner upprättas för brister som upptäcks under egenkontroller.

Ledningssystem för kvalitet - Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska följa Örebro kommuns riktlinjer för avvikelser, klagomål och synpunkter. Utföraren ska ha en rutin som beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hur utföraren genomför egenkontroll av verksamhetens följsamhet till avvikelseprocessen som beskrivs i riktlinje för avvikelser, klagomål och synpunkter • Hur samverkan sker vid avvikelshantering när fler yrkeskategorier eller enheter är involverade i utredning av en händelse <p>Utföraren ska även:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informera om och möjliggöra för den enskilde och anhöriga att lämna klagomål och synpunkter muntligt och skriftligt till verksamheten och direkt till uppdragsgivaren. • Informera och utbilda personal om rapporteringsskyldigheten 	<p>Granskning av avvikelser för perioden 2022-12-12 till och med 2023-12-12</p> <p>Granskning av klagomål och synpunkter för perioden 2020-12-12 till och med 2023-12-12</p> <p>Verksamhetens lokala rutin för avvikelser och klagomål</p> <p>Information från IVO</p> <p>Klagomål/synpunkter i W3D3(kommunens ärendehanteringssystem)</p> <p>Socialstyrelsens kundundersökning</p>

Bedömning

Enheten för uppföljning bedömer att verksamheten inte uppfyller kravet i tillräcklig omfattning. Vår granskning visar att av de 21 rapporterade av klagomål och synpunkterna har endast 25 procent genomgått samtliga steg i avvikelseprocessen, det vill säga att de är utredda, bedömda, åtgärdade och uppföljda.

Under de senaste 36 månaderna har ett klagomål inkommit till IVO gällande verksamheten. Det finns två registrerade utredningar i W3D3 av rapportering av ekonomiskt missförhållande som inte bedömts som Lex Sarah.

Motsvarande granskning av avvikelser visar att processen i tillräcklig omfattning följts då 78 procent av de 64 rapporterade avvikelserna har genomgått samtliga steg i avvikelseprocessen.

Verksamheten har lämnat in en rutin som bedöms uppfylla ställda krav då den tydligt beskriver arbetssätt, ansvarsfördelning för olika aktiviteter och hur samverkan sker med regionen vid avvikelshantering. Dessutom framgår det att egenkontroller av avvikelseprocessen genomförs årligen, och att handlingsplaner upprättas vid brister, vilka sedan kontinuerligt följs upp.

Inkom med åtgärdsplan som beskriver hur ni ska arbeta för att säkerställa följsamhet till gällande riktlinje så att klagomål och synpunkter utreds, bedöms, åtgärdas och följs upp. Vid en resultatuppföljning kommer en ny granskning av följsamheten till avvikelseprocessen för klagomål och synpunkter att genomföras.

Dokumentation

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Genomförandeplanen ska:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Upprättas omgående och vara färdigställd senast 2 månader efter mottaget uppdrag • Följas upp och upprättas tillsammans med den enskilde vid behov och minst var sjätte månad • Beskriva hur och när uppdraget ska utföras för att tillgodose den enskildes behov och mål • Innehålla information om individens delaktighet • Innehålla namngiven kontaktperson <p>I dokumentationen som förs i verkställighetsjournalen ska:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det finns dokumentation av händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid • Den individuella vård- och omsorgsprocessen ska kunna följas i dokumentationen. Dvs. det ska gå att följa vad som faktiskt genomförs och hur situationen ser ut för de enskilde utifrån dennes ansökan, behov och genomförandet av beslutade insatser • Vara utformad med respekt för den enskildes integritet. • Social dokumentation om den enskilde som finns utanför verksamhetssystemet förvaras i enlighet med gällande lagstiftning och intentionerna i arkivlagen <p>Utföraren ska även ha en rutin som beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hur utföraren genomför egenkontroll av den löpande dokumentationen som förs i verkställighetsjournal • Hur utföraren säkerställer att personalen ges handledning och stöd för att säkerställa följsamhet till punkt 2.8.4 dokumentation. 	<p>Granskning av 30 verkställighetsjournaler samt genomförandeplaner i Tresa för tidsperioden 2023-01-01-2023-12-31</p> <p>Observation vid platsbesök</p>

Bedömning

Enheten för uppföljning bedömer att verksamheten inte uppfyller kraven i tillräcklig omfattning. Granskningen av genomförandeplaner visar att endast 58 procent av dem har tillräcklig dokumentation för att följa de faktiska händelserna samt vad som genomförs och erbjuds utifrån den enskildes behov. I övriga boendes journaler är detta inte möjligt att följa, och det finns även flera fall där det har varit månadslånga pauser i dokumentationen.

Däremot visar motsvarande granskning av genomförandeplaner att kraven uppfylls tillräckligt väl, med 80 procent av planerna som är aktuella. Det innebär att de har upprättats inom två månader efter inflyttning och följts upp inom sex månader. Planerna innehöll information om den utsedda omsorgskontakten, den boendes deltagande i planeringen av insatserna, samt detaljer om vilka åtgärder som skulle genomföras och hur de skulle genomföras.

Vid platsbesöket noterades att dokumentationen om de boende som inte var en del av verksamhetens system, förvarades i enlighet med kraven i arkivlagen.

Inför uppföljning begärde vi de rutiner som används av verksamheten för att utföra egenkontroller av den löpande dokumentationen i verkställighetsjournalen. Dock har ingen sådan rutin skickats in.

Inkom med åtgärdsplan som beskriver hur ni planerar att arbeta för att säkerställa att dokumentation i verkställighetsjournal uppfyller ställda krav. Verksamheten ska även inkomma med rutin som beskriver hur egenkontroller av dokumentationen i verkställighetsjournalen ska genomföras.

En ny granskning av verkställighetsjournaler kommer att genomföras vid resultatuppföljningen.

Dokumentation i IT system

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<ul style="list-style-type: none"> Utföraren ska genomföra en riskbedömning inom områdena trycksår, undernäring, fall, munhälsa och bläsdysfunktion med stöd av kvalitetsregistret Senior alert om inte uppenbart obehövt i enlighet med Örebro kommuns riktlinjer för vårdprevention. Boendet ska ha en eller flera BPSD-administratörer 	Registeruttag Senior Alert Kompetensinventering

Bedömning

Enheten för uppföljning bedömer att verksamheten inte uppfyller kravet i tillräcklig omfattning. I denna kvalitetsuppföljning har vi fokuserat på att bedöma genomförandet av riskbedömningar avseende fall, trycksår och undernäring. Vår granskning av registerutdrag från Senior Alert visar att 69 procent av de boende har genomgått dessa riskbedömningar.

Verksamheten uppfyller dock kravet gällande BPSD-administratörer. Insänd kompetensinventering visar att ni har 7 administratörer.

Inkom med er åtgärdsplan som beskriver hur ni planerar att arbeta för att uppfylla kraven avseende riskbedömningar. Vid en resultatuppföljning kommer ett nytt registerutdrag för Senior Alert att begäras in för ytterligare utvärdering.

Aktiv och meningsfull tillvaro

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska följa Örebro kommuns riktlinje för dokumentationsskyldighet enligt SoL och uppfylla följande krav inom området:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Den enskilde får stöd i att behålla och utveckla intressen, sociala relationer och kontakter som är viktiga för personen • Aktivitets- och funktionsbedömningar ska göras av arbetsterapeut för samtliga boende och användas som en grund för planering av individuella och gemensamma aktiviteter. • I genomförandeplanen ska individens synpunkter, önskemål och delaktighet av stödet framgå. • Utifrån den enskildes förmåga och önskemål ska utföraren verka för att den enskilde upplever en meningsfull tillvaro • Den enskilde tillförsäkras utevistelse efter individuella behov 	<p>Verksamhetens inskickade egenkontroll av 10 slumpmässigt utvalda boende</p> <p>Individuppföljning</p> <p>Socialstyrelsens undersökning (2023)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hur nöjd är du med de aktiviteter som erbjuds? Positiva svar Klosterbacken 71% (riket 58%) • Hur är din möjlighet att komma ut? Positiva svar Klosterbacken 56% (riket 63%) <p>Frågor på platsbesök</p>

Bedömning

Enheten för uppföljning bedömer att verksamheten inte uppfyller kravet i tillräcklig omfattning då granskning av verksamhetens genomförda egenkontroll visar att det endast hos 50 procent framkommer individens intressen i genomförandeplanen. Det är dock positivt att samtliga i egenkontrollen har en godkänd aktivitets- och funktionsbedömning, och att önskemål om aktiviteter framkommer hos 80 procent. Positivt är även att Socialstyrelsens undersökning visar att Klosterbackens resultat är långt över rikets och styrks av individuppföljningar där de merparten av de boende är nöjda med de aktiviteter, 88 procent, och utomhusvistelse, 78 procent, som erbjuds.

Inkom med åtgärdsplan med beskrivning av hur ni ska arbeta för att uppnå kravet. I samband med resultatuppföljning kommer en ny egenkontroll av aktivitets- och funktionsbedömning gällande dokumentation av individens intressen i genomförandeplan begäras in.

Hälso- och sjukvård

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska ha en rutin som beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hur fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder praktiskt överläts från legitimerad personal till omvårdnadspersonal • Hur omvårdnadspersonalen praktiskt tar emot och planerar för fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder • Rutinen ska även omfatta den hälso- och sjukvård som överläts av regionen 	<p>Klosterbackens rutin för praktiskt överlättande av hälso- och sjukvårdsinsatser</p>

Bedömning

Enheten för uppföljning bedömer att verksamheten inte uppfyller kravet i tillräcklig omfattning då granskning av verksamhetens rutin visar att det saknas beskrivning av hur överlätna hälso- och sjukvårdsåtgärder från legitimerade på Regionen tas emot och planeras för.

Däremot framgår det tydligt i rutinen hur fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder praktiskt överförs från legitimerad personal till omvårdnadspersonal. Det beskrivs även vilken dokumentation som legitimerad personal ska utföra och hur omvårdnadspersonalen tar emot och planerar för dessa fördelade och delegerade åtgärder.

Inkom med rutin som har beskrivning av hur överlåtna hälso- och sjukvårdsåtgärder från legitimerade på Regionen tas emot och planeras för.

Sandra Månstierna
Avtalscontroller
Enheten för uppföljning
Socialförvaltningen, Förvaltningskansliet
Örebro kommun